

FECHA DE RECEPCIÓN: 4 de enero de 2022
FECHA DE ACEPTACIÓN: 4 de julio de 2022
FECHA DE PUBLICACIÓN: 19 de agosto de 2022

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Ninguna.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:
bcasetta@iuc.edu.ar

Registro Nacional de Investigaciones en
Salud Nº: IS003490

FACTORES PREDICTIVOS DE CESACIÓN TABÁQUICA EN ADULTOS DE ARGENTINA: ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA ENCUESTA MUNDIAL DE TABACO.

Predictors of Adult Smoking Cessation in Argentina: A Secondary Analysis of the Global Tobacco Survey

* Brunilda Casetta¹. Médica, Mag. en Efectividad Clínica.
Alejandro José Videla². Médico.
Jonatan Konfino³. Médico, Mag. en Efectividad Clínica.

¹ Instituto Universitario CEMIC, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

² Hospital Universitario Austral, Pilar, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

³ Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La reducción del daño a la salud causado por el tabaco depende de la cesación. Se han descrito características sociodemográficas y personales relacionadas con el cese, pero no se cuenta con análisis en esta población. El objetivo fue evaluar los predictores de ser ex fumador o estar en una etapa favorable para dejar de fumar en la población urbana de Argentina. MÉTODOS: Análisis secundario de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (EMTA-GATS) empleando regresión logística multivariable. RESULTADOS: Se incluyó a 6299 sujetos (edad media: 43,3 años; hombres: 46,39%; fumadores: 23,16%). Ser ex fumador se asoció a edad (OR 1,11; IC95%: 1,02-1,20 cada 5 años), hogares en los que no se fuma (OR 2,92; IC95%: 1,78-4,78), apoyo al aumento de impuestos al tabaco (OR 2,32; IC95%: 1,52-3,56), no fumar a diario (OR 2,06; IC95%: 1,25-3,39) y ser mujer (OR 1,53; IC95%: 1,06-2,19), independientemente del nivel educativo y de ingresos. Entre los fumadores, la edad (OR 1,10; IC95%: 1,01-1,26 cada 5 años) y estar sensibilizado por advertencias sanitarias (OR 4,64; IC95%: 2,28-9,41) se asociaron a querer dejar, independientemente del género y nivel educativo. El consejo médico se asoció con la decisión de dejar de fumar (OR 6,25; IC95%: 2,91-13,42), independientemente del nivel educativo y de ingresos. DISCUSIÓN: Implementar campañas de hogares libres de humo, advertencias sanitarias y el asesoramiento médico son estrategias útiles para contribuir a la cesación.

PALABRAS CLAVE: Tabaquismo; Cese del Uso de Tabaco; Ambientes Libres de Humo; Advertencias Sanitarias; GATS

ABSTRACT. INTRODUCTION: Tobacco harm reduction depends on cessation. Some sociodemographic and personal characteristics have been associated with successful cessation, but these features have not been assessed in this population. The objective was to evaluate the predictors of status of former smoker or being in a favorable stage of quitting in urban population of Argentina. METHODS: Secondary analysis of the Argentina Global Adult Tobacco Survey (EMTA-GATS) using multivariate logistic regression. RESULTS: A total of 6299 subjects were included (mean age: 43.3 years; 46.39% of males; 23.16% of smokers). Former smoker status was associated with age (OR 1.11; CI95%: 1.02-1.20 every 5 years), living in smoke-free homes (OR 2.92; CI95%: 1.78-4.78), supporting tobacco tax increases (OR 2.32; CI95%: 1.52-3.56), non-daily consumption (OR 2.06; CI95%: 1.25-3.39) and female gender (OR 1.53; CI95%: 1.06-2.19) regardless of education and income level. Among smokers, age (OR 1.10; CI95%: 1.01-1.26 every 5 years) and being aware of health warnings on packages (OR 4.64; CI95%: 2.28-9.41) were associated with wanting to quit regardless of gender and education level. Receiving medical advice was associated with the decision to quit (OR 6.25; CI95%: 2.91-13.42) regardless of education and income level. DISCUSSION: The implementation of smoke-free homes campaigns, health warning labels and medical advice are useful strategies to boost cessation.

KEY WORDS: Tobacco Use; Tobacco Use Cessation; Smoke-free Places; Health Warning; GATS

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es uno de los mayores riesgos para la salud. La reducción de la morbilidad y discapacidad vinculada a su consumo depende esencialmente de la cesación^{1,2}. A partir de los 40 años, por cada año que se retrase, el fumador pierde tres meses de esperanza de vida³. Millones de personas han dejado de fumar en Argentina y en el mundo, pero un número elevado continúa haciéndolo, con un desplazamiento del consumo hacia los más pobres en las últimas décadas^{1,4}.

Por otra parte, no todos los fumadores están dispuestos a dejar. Prochaska y DiClemente describieron los procesos psicológicos que realiza un fumador respecto del cambio, es decir, la cesación tabáquica, conformando etapas más o menos favorables para dejar de fumar⁵. A la etapa menos favorable se la conoce como precontemplación; por el contrario, las etapas de contemplación, preparación y acción están vinculadas en orden creciente con el intento de dejar de fumar⁵.

Algunos factores sociodemográficos y de dependencia han sido asociados tanto al éxito en el abandono como a la etapa favorable para dejar de fumar⁶⁻⁸. Entre los factores clásicamente vinculados al logro de dejar de fumar, se encuentran: sexo masculino, mayor edad, ingresos más altos, alto nivel educativo formal, bajo consumo de alcohol, baja dependencia física a la nicotina, inicio tardío del tabaquismo, intentos previos de cesar, fuerte deseo de dejar de fumar, estar casado o vivir en pareja, no convivir con fumadores y recibir tratamiento farmacológico para dejar^{6,7}. En cuanto a la etapa favorable para dejar, se la vinculó a medidas de dependencia física (por ejemplo, cantidad de cigarrillos diarios) o temores respecto a la salud, entre otros aspectos, pero con resultados muy variables^{8,9}. Sin embargo, no se han realizado estas evaluaciones en Argentina.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda realizar un monitoreo para conocer la magnitud del problema y la eficacia de las acciones de su paquete de políticas OMS-MPOWER¹⁰. La Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (EMTA-GATS) es parte del sistema de vigilancia epidemiológica de la OMS y comprende información sobre características del hogar y de los encuestados, uso de tabaco (para fumar y sin humo), cesación, exposición al humo ajeno, economía, conocimientos, actitudes y percepciones acerca del uso de tabaco¹¹.

El objetivo del presente estudio fue evaluar qué características sociodemográficas, ambientales, actitudinales y de adicción predicen la cesación tabáquica y la etapa de cambio en la población urbana de Argentina.

MÉTODOS

La encuesta EMTA-GATS (n=6645; mayo a agosto de 2012) fue un estudio de corte transversal en personas de 15 años o más, residentes en viviendas urbanas (n=9790)¹¹. Utilizó un diseño muestral multietápico, estratificado por conglomerados, para producir datos representativos a nivel nacional. Se basó en la selección aleatoria de las viviendas

e individuos a encuestar. La tasa de respuesta total fue del 74,3%. La base de datos de libre acceso contaba con depuración de datos y de errores de carga, con ajuste de la tasa de no respuesta calculado por aglomerado y calibración con la utilización de fuentes¹².

A partir de la base de datos publicada, se seleccionaron adultos de 18 o más años. Los datos categóricos fueron resumidos mediante frecuencias y porcentajes, y los continuos mediante la media para tendencia central. La medida de asociación usada fue la razón de Odds (OR) con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%) como medida de precisión de las estimaciones.

Se consideraron como variables de resultado: ex fumador, aquel que no fuma actualmente pero fumó en el pasado; fumador actual, quien fuma en forma regular algún tipo de tabaco (cigarrillos manufacturados o armados, cigarros, pipa, etc.), ya sea diariamente o algunos días. Las etapas de cambio en fumadores comprendían: favorable a dejar, correspondiente a quienes manifestaban que querían dejar de fumar dentro del siguiente mes (preparación), estaban pensando en dejar en los siguientes 12 meses o habían realizado un intento de al menos 24 horas en el último año (contemplación); y no favorable a dejar, correspondiente a quienes manifestaban no querer dejar en los siguientes 12 meses o no les interesaba dejar de fumar (precontemplación).

Se consideraron variables de exposición sociodemográficas: género (hombre/mujer), edad (variable continua), nivel educativo (hasta primario completo, secundario incompleto o completo, nivel superior), nivel de ingresos mensual del hogar (bajo, medio y alto).

Las regiones (definidas por muestreo) fueron Centro: Córdoba, Santa Fe, Buenos Aires, La Pampa y Ciudad Autónoma de Buenos Aires; Noreste Argentino (NEA): Formosa, Chaco, Misiones, Entre Ríos y Corrientes; Noroeste Argentino (NOA): Jujuy, Salta, Tucumán, La Rioja, Catamarca y Santiago del Estero; Cuyo: Mendoza, San Juan y San Luis; Patagonia: Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Las variables ambientales y actitudinales fueron: aceptación de leyes de control del tabaco (a favor, en contra o no se sabe); ley de ambientes libres de humo (ALH), con prohibición de fumar en espacios cerrados laborales y públicos y en salas de juegos; apoyo al aumento de los impuestos al tabaco; apoyo a la prohibición total de la publicidad del tabaco; restricción de fumar en el hogar: hogar ALH (nunca está permitido fumar) comparado con hogar no ALH (se permite fumar adentro, hay excepciones, no hay reglas o no se sabe); exposición a advertencias sanitarias (frases e imágenes en los paquetes que muestran el daño por consumo de tabaco): referir que en los últimos 30 días las frases de los paquetes de cigarrillos lo hicieron pensar en dejar de fumar; contacto con el equipo de salud (haber concurrido en los últimos 12 meses, haber recibido consejo para dejar de fumar).

En cuanto al perfil de adicción, se consideró: patrón de

consumo de tabaco fumado (diario o algunos días); edad de inicio (en que se comenzó a usar algún producto de tabaco en forma regular); tiempo al primer cigarrillo: hasta 30 minutos y más de 30 minutos; cantidad de cigarrillos (u otros productos fumados) consumidos por día (variable continua).

Se realizaron análisis multivariados por regresión logística para las variables dependientes ex fumador y etapa de cambio favorable, con el objetivo de construir modelos parsimoniosos de efectos principales. Se incluyeron variables predictoras dicotómicas, categóricas múltiples y continuas (con comprobación de linealidad respecto al resultado) de forma progresiva (*stepwise*), priorizando las que presentaban en el análisis bivariado valores de $p < 0,2$. Los modelos se construyeron según criterios de significación estadística del test de Wald ($p < 0,05$), menor estimación de la suma de los cuadrados de los residuos (*Log Likelihood test*), LR test, número de observaciones válidas y plan prefijado de análisis. Se evaluaron la calibración, discriminación y presencia de observaciones atípicas (observaciones extremas e influyentes) para cada modelo resultante. Para la adecuación global entre lo observado y lo esperado por decil de probabilidad, conocida como bondad de ajuste, se aplicó el test de Hosmer-Lemeshow, donde la hipótesis nula es que las proporciones observadas y esperadas son las mismas. La discriminación fue evaluada mediante el cálculo del área bajo la curva de la *Receiver-Operating Characteristic* (ABC-ROC) con sus IC95% para evaluar la capacidad de diferenciar entre los individuos con y sin el evento (variables de resultado ex fumador o etapa de cambio favorable) en función de las variables predictoras que lo componen. Los datos se analizaron con el programa estadístico STATA®, versión 12.

En cuanto a los aspectos éticos, durante la encuesta primaria la carta de invitación a participar señalaba el uso estadístico que se daría a los datos. El presente análisis fue realizado a partir de datos ya disponibles y de dominio público, en los que no hay registros que permitan la identificación individual de los participantes, lo cual no representa riesgo y no requiere de mecanismos de control¹³.

RESULTADOS

Se incluyó a 6299 personas de 18 o más años, representando de modo ponderado a 25 753 171 habitantes de la población urbana de Argentina. La media de edad fue de 43,30 años (IC95%: 41,74-44,87). El 46,39% eran hombres (IC95%: 42,13-50,66) (Ver Tabla 1).

El consumo de algún tipo de tabaco se registró en el 23,16% de la población adulta y fue mayoritariamente fumado (99,33%). El 98,76% de los fumadores consumía cigarrillos manufacturados. Apenas el 0,15% consumía tabaco no fumado (mascado, mantenido en la boca o aspirado).

Los hogares se reconocieron como lugares donde nunca se permitía fumar en un 52,06% (IC95%: 47,14-56,95). En el 47,95% (IC95%: 43,05-52,86) restante no se observó

esa norma plenamente porque se convivía con sectores donde se permitía fumar, existían otras reglas o se permitía fumar adentro sin restricciones.

La edad promedio de los fumadores fue 39,75 años (IC95%: 37,39-42,11), y 44,37 años (IC95%: 42,40-46,34) entre quienes no fumaban. Esto indica que en Argentina los fumadores son más jóvenes que los no fumadores ($p=0,008$).

Fumaba el 16,15% (IC95%: 13,10-19,74) de las mujeres, mientras que entre los hombres lo hacía el 31,17% (IC95%: 26,64-36,09; $\chi^2 p=0,001$). De esta manera, por cada mujer que fuma hay más de dos hombres que lo hacen (OR 2,35; IC95%: 1,76-3,15).

Entre quienes fumaban, el 77,87% lo hacía diariamente y el 22,13% no. El promedio de edad del comienzo fue 17,27 años (IC95%: 16,53-18,01) entre los actuales fumadores.

El promedio nacional de cigarrillos diarios consumidos por los fumadores actuales (de todos o algunos días) fue de 12,34 (IC95%: 10,77-13,92). Las mujeres, en promedio, fumaban 11,05 cigarrillos/día (IC95%: 9,23-12,86) y los hombres, 13,13 (IC95%: 10,57-15,68), sin diferencia significativa ($p=0,259$).

Entre los fumadores no diarios, el promedio semanal fue de 22,29 cigarrillos (IC95%: 12,76-31,83), es decir, el equivalente a 3,18 por día. Los principales resultados del análisis bivariado se muestran en la Tabla 2.

Se compararon ex fumadores vs. fumadores mediante un modelo multiajustado, que incluyó 2600 casos (población ponderada: 8 759 780). Las características asociadas con el estado de ex fumador fueron: edad (OR 1,11; IC95%: 1,02-1,20 cada 5 años, o bien OR 1,02; IC95%: 1,00-1,03; $p=0,015$ por cada año), vivir en un hogar ALH (OR 2,92; IC95%: 1,78-4,78), apoyo al aumento de los impuestos al tabaco (OR 2,32; IC95%: 1,52-3,56), género femenino (OR 1,53; IC95%: 1,06-2,19) y tabaquismo no diario (OR 2,06; IC95%: 1,25-3,39), independientemente del nivel educativo y de ingresos. La bondad de ajuste del modelo para los resultados ponderados por población fue $p=0,610$ y para los no ponderados, $p=0,116$. El ABC-ROC fue 0,76 (IC95%: 0,74-0,78). Se corrió el modelo con y sin los patrones potencialmente influyentes, y los parámetros se mantuvieron estables.

Otro momento de análisis consistió en evaluar a los fumadores respecto a la etapa de cambio ($n=1717$; población ponderada 6 431 623). El 26,15% (IC95%: 20,53-32,67) se encontraba en una etapa favorable para dejar, lo que significa que planeaba hacerlo durante el mes siguiente o al menos en los 12 meses siguientes, o había intentado dejar durante al menos 24 horas el año anterior. El 73,85% restante (IC95%: 67,33-79,47) estaba en una etapa desfavorable (precontemplación). La edad media fue 41,41 años (IC95%: 36,56-46,26) para sujetos en estadios favorables y 39,00 (IC95%: 36,57-41,42) para aquellos en estadios no favorables ($p=0,314$). No tuvieron significación estadística, y no se tornaron significativas en el

TABLA 1. Características de la población encuestada: fumadores y no fumadores en población de 18 o más años de edad.

	Población de 18 o más años Ponderación poblacional=25 753 171			Fumadores 23,12% (IC95% 20,13-26,36)			No fumadores 76,88% (IC95% 73,64-79,83)		
	n*	M† %	IC95%	n	M %	IC95%	n	M %	IC95%
Edad (años)	6299	43,3	41,74-44,87	1610	39,75	37,39-42,11	4689	44,37	42,4-46,34
18-39	3097	47,15	43,28-51,06	939	53,55	45,95-60,99	2158	45,23	40,68-49,85
40-59	1788	31,13	27,81-34,66	492	34,41	27,75-41,74	1296	30,14	26,76-33,76
60 o más	1414	21,72	18,46-25,37	179	12,04	8,49-16,8	1235	24,63	20,68-29,06
Género	6299								
Varón	2799	46,39	42,13-50,66	925	62,56	55,32-69,27	1874	41,53	37,17-46,03
Mujer	3500	53,61	49,33-57,83	685	37,44	30,73-44,68	2815	58,47	53,97-62,83
Ingresos	5471								
Bajo	2662	43,79	38,85-48,87	652	39,01	31,89-46,63	2010	45,13	39,46-50,94
Medio	1838	34,24	29,80-38,98	493	38,89	30,76-47,69	1345	32,95	28,24-38,02
Alto	971	21,96	18,52-25,84	266	22,1	15,48-30,54	705	21,92	17,81-26,67
Región	6299								
Centro	954	67,54	60,96-73,49	195	63,93	55,19-71,83	759	68,63	62,01-74,56
NEA	1291	10,75	8,16-14,04	318	12,19	8,86-16,53	973	10,32	7,79-13,56
NOA	1310	10,42	8,11-13,29	359	10,64	7,80-14,35	951	10,35	7,97-13,33
Cuyo	1215	6,49	5,01-8,38	316	7,54	5,53-10,19	899	6,18	4,71-8,07
Patagonia	1529	4,8	3,68-6,24	422	5,71	4,16-7,80	1107	4,53	3,43-5,96
Hogar ALH‡	6293								
No libre de humo	2604	47,94	43,05-52,86	1037	65,64	58,56-72,09	1567	42,61	37,05-48,37
100% libre de humo	3689	52,06	47,14-56,95	572	34,36	27,91-41,44	3117	57,39	51,63-62,95
Ley ALH	6291								
A favor	6064	91,96	88,48-94,46	1502	86,64	78,01-92,22	4562	93,56	90,36-95,74
En contra o no sabe	227	8,04	5,54-11,52	104	13,36	7,78-22,01	123	6,44	4,26-8,64
Ley ALH casinos	6292								
A favor	5813	88,33	84,75-91,15	1397	80,21	68,99-88,07	4416	90,76	87,27-93,37
En contra o no sabe	479	11,67	8,85-15,25	210	19,79	11,96-31,01	269	9,24	6,63-12,73
Impuestos	6297								
A favor	4896	75,05	71,59-78,22	914	55,09	47,11-62,81	3982	81,05	77,19-84,39
En contra o no sabe	1401	24,95	21,78-28,41	696	44,91	37,19-52,89	705	18,95	15,61-22,81
Publicidad	6286								
A favor	5316	83,22	79,09-86,68	1242	73,83	64,18-81,62	4070	86,05	82,61-88,90
En contra o no sabe	970	16,78	13,32-20,91	365	26,17	18,38-35,82	605	13,95	11,10-17,39

* n: número de observaciones válidas; † M: media ponderada poblacionalmente; ‡ ALH: ambientes libres de humo.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos, Argentina, 2012.

ajuste multivariable, características de valoración del nivel de dependencia física, como la cantidad de cigarrillos por día ($p=0,140$) o el tiempo al primer cigarrillo ($p=0,132$).

Al analizar a los fumadores y su etapa de cambio favorable, se concluyó en dos modelos multiajustados. El primero comprendió a los fumadores en general ($n=1177$; población ponderada 3 678 922) y evidenció asociaciones positivas significativas con la edad (OR 1,10; IC95%: 1,01-1,26 cada 5 años y OR 1,02; IC95%: 1,00-1,04; $p=0,034$ para cada año) y la exposición a las advertencias sanitarias (OR 4,64; IC95%: 2,28-9,41); y asociación negativa con la categoría de ingresos medios en comparación con otras dos categorías (OR 0,44; IC95%: 0,20-0,97), independientemente del género y nivel educativo. La edad fue evaluada como continua, y se comprobó su linealidad. El test de Hosmer-

Lemeshow fue $p=0,852$ para el modelo ponderado por población y $p=0,384$ para el no ponderado. El ABC-ROC fue de 0,68 (IC95%: 0,64-0,72). El segundo modelo incluyó solamente a los fumadores usuarios del sistema de salud ($n=347$; población ponderada 1 138 567): el consejo médico se asoció fuertemente con el deseo de dejar de fumar (OR 6,25; IC95%: 2,91-13,42), ajustado por edad, género, ingresos y nivel educativo. La bondad de ajuste para la población ponderada fue $p=0,165$ y para la no ponderada poblacionalmente, $p=0,83$; con ABC-ROC de 0,66 (IC95%: 0,60-0,73). La evaluación de los patrones atípicos mostró que ambos modelos eran estables.

DISCUSIÓN

El principal hallazgo del presente análisis consistió en es-

TABLA 2. Características asociadas al estatus de ex fumador según análisis bivariado

Edad (n*=3038)	OR [†]	IC95% INF	IC95% SUP	valor p [‡]
Edad (por cada año)	1,03	1,01	1,04	0,001
18-39 años	1			
40-59 años	2,01	1,32	3,08	0,001
60 o más años	3,37	1,79	6,32	0,001
Género (n=3038)				
Mujer	1,22	0,86	1,73	0,265
Ingresos (n=2633)				
Bajo	1			
Medio	1,37	0,92	2,02	0,119
Alto	1,17	0,67	2,02	0,581
Región (n=3038)				
Centro	1			
NEA	0,76	0,50	1,15	0,197
NOA	0,77	0,49	1,20	0,241
Cuyo	0,67	0,44	1,01	0,058
Patagonia	0,78	0,51	1,20	0,254
Hogar ALH [§] (n=3037)				
100% libre de humo	2,76	1,87	4,07	0,001
Ley ALH (n=3033)				
A favor	1,32	0,63	2,81	0,462
Ley ALH casinos (n=3034)				
A favor	2,01	1,02	3,97	0,045
Impuestos tabaco (n=3037)				
A favor	2,98	1,85	4,81	0,001
Prohibir publicidad (n=3031)				
A favor	2,19	1,34	3,58	0,002
Adicción (n=2148)				
Edad de inicio	1,05	1,00	1,11	0,049
Patrón (n=3038)				
Fumador (o haber fumado no todos los días)	2,62	1,49	4,59	0,001

* n: número de observaciones válidas; † OR: razón de Odds con sus IC95% inferior (INF) y superior (SUP); ‡ p: estadístico; § ALH: ambientes libres de humo.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos, Argentina, 2012.

tablecer que ser ex fumador en Argentina se asocia a vivir en un hogar donde no se permite fumar, estar a favor del aumento de los impuestos al tabaco, con la edad, el género femenino y no fumar a diario, independientemente del nivel educativo de la persona y de los ingresos económicos del hogar. A su vez, los fumadores con actitudes favorables a dejar son quienes reconocen que las advertencias sanitarias los hicieron pensar en dejar, e influye la edad, aunque no así el nivel medio de ingresos. Asimismo, entre quienes han estado en contacto con el equipo de salud, el consejo médico se asocia a estar dispuesto a dejar de fumar.

Contextualizando estos factores relacionados con la cesación tabáquica, en los países de ingresos medios la edad en torno a los 50 años se asocia a una reducción importante de la prevalencia en ambos sexos. Constituyen una excepción algunos países asiáticos, donde el consumo

se mantiene elevado incluso a los 65 años¹⁴. Este análisis para Argentina pudo determinar que con cada cinco años de vida la probabilidad de dejar de fumar aumenta un 11%, con resultados similares para actitudes favorables entre fumadores. El paso del tiempo predispone a una mejor comprensión de los daños del tabaco y la aparición de síntomas o enfermedades relacionadas con su consumo⁷. Aunque la cesación trae beneficios en todas las edades, ellos serán mayores cuanto más joven se deje^{3,15}.

En Argentina, el nivel de exposición al humo de tabaco ambiental en los hogares ha disminuido según los resultados de las encuestas nacionales (33,9% en 2009 a 25,1% en 2018)¹⁶. Aunque no hay diferencia entre fumadores y ex fumadores en la aceptación de las leyes que prohíben fumar en lugares cerrados, vivir en un hogar ALH se asocia en este análisis con tres veces más probabilidades de ser un ex fumador. El hecho de vivir en un hogar ALH no solo protege a los demás del humo de segunda y tercera mano (fumador pasivo y tóxicos del tabaco depositados en los objetos), sino que también aumenta la posibilidad de dejar de fumar y de prevenir recaídas^{17,18}.

Según el presente análisis, resultó más probable que quienes apoyaban el aumento de los impuestos al tabaco fueran ex fumadores, lo que podría reflejar actitudes más saludables y un refuerzo al autocontrol para evitar recaídas¹⁹. Aumentar los impuestos al tabaco es la sexta estrategia del paquete de políticas OMS-MPOWER para reducir tanto el consumo como la iniciación²⁰. Sin embargo, apenas el 10% de la población mundial está protegida por esta medida²¹. Coincidiendo con este hallazgo, otro análisis sobre EMTA-GATS en Argentina reveló que ser tabaquista era el predictor más importante de la oposición al aumento de impuestos y a la prohibición de anuncios²².

Los resultados de este estudio muestran que las mujeres pudieron dejar de fumar con más frecuencia que los hombres. Dos revisiones indicaron una probabilidad igual de éxito en dejar para ambos sexos a nivel mundial^{6,9}. En los últimos 30 años, la prevalencia general del consumo de tabaco disminuyó en un 25% en los hombres y en un 42% en las mujeres¹. A pesar de que las mujeres pueden ser más reacias a aceptar el aumento de peso debido al cese y a que se ha descrito mayor prevalencia de depresión entre la población de fumadoras, los presentes resultados podrían indicar que las mujeres tienen una mayor preocupación por la posibilidad de daño para sí mismas o sus familias, así como una mayor adaptación a los cambios sociales^{8,23,24}.

Según este estudio, el hecho de no haber fumado a diario duplica la probabilidad de ser un ex fumador. No fumar todos los días indica una menor dependencia física, lo que a su vez permite una mayor tasa de éxito. Lamentablemente, en Argentina y en los países vecinos encuestados por la EMTA-GATS, el consumo diario de tabaco es el patrón más frecuente¹⁴.

Sin embargo, no todos los fumadores están dispuestos a dejar, y en ellos se desarrolla un balance interno entre los

pros y contras de hacerlo⁵. En este análisis, las advertencias sanitarias les hicieron pensar en dejar en un futuro próximo. Su introducción también tuvo el efecto de generar una cantidad masiva de llamadas a la línea de ayuda nacional²⁵. Advertir sobre los peligros del tabaco es la cuarta política del OMS-MPOWER¹⁰. De esa manera, imágenes y frases sobre los daños a la salud van directamente y todos los días a las manos de los fumadores, y ejercen un efecto persuasivo sin costo para los gobiernos²⁶.

De acuerdo con este estudio, el consejo médico promueve una etapa de cambio favorable para dejar de fumar. El asesoramiento claro, firme y personalizado resulta una estrategia asequible y eficaz para avanzar en el proceso de cesación²⁷. El ofrecimiento de ayuda para dejar el tabaquismo constituye una estrategia del OMS-MPOWER cuya responsabilidad es propia del sistema de salud¹⁰. Desde una perspectiva de salud pública, la intervención de un gran número de médicos es un recurso importante para asegurar el mayor acceso posible. La Guía de Práctica Clínica Nacional recomienda a los profesionales de la salud intervenciones breves e intensivas, técnicas de entrevista motivacional, teleconsultas y llamadas de seguimiento a través de líneas telefónicas directas —entre otras estrategias— para ayudar y promover el cese²⁷.

El presente análisis no halló asociación entre las actitudes favorables para dejar de fumar y algunos marcadores comunes de dependencia, como el tiempo hasta el primer cigarrillo y el número de cigarrillos por día. Estos marcadores son el núcleo de algunas pruebas de dependencia física y se relacionan en estudios previos con el abandono exitoso, pero pueden no estar relacionados con el deseo de dejar de fumar⁹.

Entre las fortalezas del presente análisis se cuentan el tamaño de muestra adecuado, el uso de una metodología validada y aceptada, y las precisiones desarrolladas en el sistema de vigilancia epidemiológica de la OMS. A su vez, los ajustes multivariantes de efectos principales resultantes permitieron concluir en tres modelos robustos, adecuados matemáticamente, plausibles e interpretables.

Algunas limitaciones impiden sacar conclusiones firmes. El diseño transversal no permite realizar inferencias sólidas sobre la causalidad. No obstante, la EMTA-GATS tiene un diseño basado en la población que se ha replicado en múltiples escenarios y arrojó un sólido cuerpo de evidencia¹⁴. Estos resultados están en línea con las encuestas nacionales anteriores y posteriores, así como con análisis de la EMTA-GATS de otros países²⁸⁻³⁰.

Otra limitación potencial es la naturaleza autoinformada de los datos, que podrían ser menos confiables en dominios como el estatus del tabaquismo y los ingresos monetarios familiares. Las mediciones biológicas han mostrado la confiabilidad del autoinforme sobre el estatus del tabaquismo en estudios en Argentina³¹. Es improbable que el error en la declaración de ingresos sea diferencial entre fumadores y no fumadores, y esta metodología es la habitual en las encuestas de base poblacional.

La inclusión de algunos predictores implicó contar con menos respuestas válidas, como es el caso de los ingresos económicos del hogar, presente en los tres análisis. También se mantuvieron las variables educativa y económica en todos los modelos, más allá de su significancia estadística por contribuir al ajuste de los coeficientes y por su importancia analítica; de esta manera, su inclusión permitió una mejor comprensión de la realidad explorada, dada la preocupación actual de que fumar es una conducta cada vez más asociada a los más bajos estratos de ambas.

La EMTA-GATS utiliza para la intención de dejar de fumar un punto de corte diferente a la definición habitual del modelo transteórico (12 meses frente a 6 meses, respectivamente)^{5,32}. La precontemplación es una etapa con alta confiabilidad psicométrica, y podría afirmarse que el uso de un período más prolongado sería más confiable, ya que no parece que quien no tenga intención de dejar de fumar dentro de los 12 meses sí la tenga a los 6. Además, la proporción de precontempladores es similar en estos resultados a los de otros países²⁹.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Los resultados de este trabajo contribuyen a comprender la dinámica de la epidemia de tabaquismo en Argentina, destacando la importancia en la cesación de la promoción de hogares ALH que, si bien dependen de las decisiones familiares, también requieren de campañas específicas de comunicación y de mayor intervención de asesoría por parte del equipo de salud. Este estudio, además, presenta la relevancia de las imágenes y mensajes fuertes en los paquetes de cigarrillos, que se renuevan en las consecutivas rondas según lo recomendado por la OMS²⁶. Las limitaciones para la vigencia de estos resultados estarán en relación con la dinámica de la epidemia, que propone nuevos productos sin combustión.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El presente análisis ratifica la importancia de continuar con la formación de recursos humanos que intervengan con distintas habilidades y ofrezcan espacios de consulta para dejar de fumar.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

El presente estudio proporciona un análisis en profundidad de los factores asociados con las actitudes favorables respecto del abandono del consumo de tabaco a través de una encuesta con representatividad nacional. Por primera vez se publica un análisis de predictores de cesación y de etapa de cambio favorable a dejar, fundamentado en la población de Argentina. Los responsables de la toma de decisiones en salud pública deben considerar estos resultados y seguir diseñando e implementando estrategias para promover intentos de dejar y cesación.

AGRADECIMIENTOS: A Vilma Irazola, médica PhD. del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, por sus aportes a la concepción y al diseño del estudio como tutora del proyecto de tesis.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES: Todos los autores han efectuado una contribución sustancial a la concepción o el diseño del estudio o a la recolección, análisis o interpretación de los datos; han participado en la redacción del artículo o en la revisión crítica de su contenido intelectual; han aprobado la versión final del manuscrito; y son capaces de responder respecto de todos los aspectos del manuscrito de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la veracidad o integridad de todos sus contenidos han sido adecuadamente investigadas y resueltas.

Cómo citar este artículo: Casetta B, Videla AJ, Konfino J. Factores predictivos de cesación tabáquica en adultos de Argentina: análisis secundario de la encuesta mundial de tabaco. *Rev Argent Salud Pública*. 2022;14:e81. Publicación electrónica 19 de Ago 2022.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Ng M, Freeman MK, Fleming TD. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. *JAMA* [Internet]. 2014 [citado 12 Jul 2022];311(2):183-192. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24399557/>
- ² Lim SS, Vos T, Flaxman AD. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* [Internet]. 2012 [citado 12 Jul 2022];380(9859):2224-2260. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23245609/>
- ³ Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* [Internet]. 2004 [citado 12 Jul 2022];328(7455):1519. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15213107/>
- ⁴ Casetta B, Videla AJ, Bardach A. Association between cigarette smoking prevalence and income level: a systematic review and meta-analysis. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(12):1401-1407. doi: 10.1093/ntr/ntw266.
- ⁵ DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK. The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 1991 [citado 12 Jul 2022];59(2):295-304. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2030191/>
- ⁶ Caponnetto P, Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respir Med* [Internet]. 2008 [citado 12 Jul 2022];102(8):1182-1192. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18586479/>
- ⁷ Hymowitz N, Cummings M, Hyland A. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control* [Internet]. 1997 [citado 12 Jul 2022];6(Supl 2):S57-S62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9583654/>
- ⁸ McKee SA, O'Malley SS, Salovey P. Perceived risks and benefits of smoking cessation: Gender-specific predictors of motivation and treatment outcome. *Addict Behav* [Internet]. 2005 [citado 12 Jul 2022];30(3):423-435. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15718060/>
- ⁹ Vangeli E, Stapleton J, Smit ES. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction* [Internet]. 2011 [citado 12 Jul 2022];106(12):2110-2121. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21752135/>
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud. MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic [Internet]. Ginebra: OMS; 2008 [citado 12 Jul 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43888/9789241596633_eng.pdf
- ¹¹ Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2012. Buenos Aires: MSAL; 2013.
- ¹² Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (EMTA) [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2012 [citado 15 Jul 2022]. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2>

- ¹³ Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 1480/2011. Guía para investigaciones con seres humanos - aprobación [Internet]. Buenos Aires: Boletín Oficial; 2011 [citado 15 Jul 2022]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1480-2011-187206>
- ¹⁴ Asma S, Mackay J, Yang Song S. The GATS Atlas. Global Adult Tobacco Survey. Atlanta (GA): CDC Foundation; 2015.
- ¹⁵ Jha P. Avoidable deaths from smoking: a global perspective. *Public Health Rev* [Internet]. 2012 [citado 12 Jul 2022];33:569-600. Disponible en: <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1007/BF03591651>
- ¹⁶ Ministerio de Salud de la Nación. Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2018. Buenos Aires: MSAL; 2019.
- ¹⁷ Mons U, Nagelhout GE, Allwright S. Impact of national smoke-free legislation on home smoking bans: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project Europe Surveys. *Tob Control* [Internet]. 2013 [citado 12 Jul 2022];22(e1):e2-e9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22331456/>
- ¹⁸ Messer K, Mills AL, White MM, Pierce JP. The effect of smoke-free homes on smoking behavior in the U.S. *Am J Prev Med* [Internet]. 2008 [citado 12 Jul 2022];35(3):210-216. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18620837/>
- ¹⁹ Badillo Amador L, Lopez Nicolas A. Self-control and support for anti-smoking policies among smokers, ex smokers, and never smokers. *Eur J Health Econ* [Internet]. 2013 [citado 12 Jul 2022];14(2):161-170. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22015809/>
- ²⁰ Chaloupka FJ, Yurekli A, Fong GT. Tobacco taxes as a tobacco control strategy. *Tob Control* [Internet]. 2012 [citado 12 Jul 2022];21(2):172-180. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22345242/>
- ²¹ Organización Mundial de la Salud. WHO report on the global tobacco epidemic: Raising taxes on tobacco. Ginebra: OMS; 2015.
- ²² Konfino J, De Maio F, Ondarsuhu D. The sociodemographic patterning of opposition to raising taxes on tobacco and restricting tobacco advertisements in Argentina. *Public Health* [Internet]. 2015 [citado 12 Jul 2022];129(4):364-369. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25698497/>
- ²³ Rahmanian SD, Diaz PT, Wewers ME. Tobacco use and cessation among women: research and treatment-related issues. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2011 [citado 12 Jul 2022];20(3):349-357. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21375414/>
- ²⁴ Royce JM, Corbett K, Sorensen G, Ockene J. Gender, social pressure, and smoking cessations: The Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT) at baseline. *Soc Sci Med* [Internet]. 1997 [citado 12 Jul 2022];44(3):359-370. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9004370/>
- ²⁵ Casetta B, Videla AJ, Fenoy D, Konfino J. Efecto de las campañas y de las advertencias sanitarias de cigarrillos en la línea de atención al fumador en Argentina. *Rev Argent Salud Pública* [Internet]. 2017 [citado 12 Jul 2022];8(30):33-36. Disponible en: <https://rasp.ms.gov.ar/index.php/rasp/article/view/142>

²⁶ Organización Mundial de la Salud . Día Mundial Sin Tabaco 2009: mostrando la verdad, salvando vidas: advertencias sanitarias pictóricas en los paquetes de tabaco. Ginebra: OMS; 2009.

²⁷ Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco [Internet]. Buenos Aires: MSAL; 2020 [citado 12 Jul 2022]. Disponible en: https://www.aamr.org.ar/secciones/tabaquismo_epidemiologia/guia_tabaco_2020.pdf

²⁸ Konfino J, De Maio F, Ondarsuhu D. Evidencia generada a partir de las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo de Argentina: revisión de la literatura. Rev Argent Salud Publica [Internet]. 2014 [citado 12 Jul 2022];5(21):7-13. Disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/242>

²⁹ Mbulo L, Palipudi KM, Nelson-Blutcher G. The Process of Cessation Among Current Tobacco Smokers: A Cross-Sectional Data Analysis From 21 Countries,

GATS 2009-2013. Prev Chronic Dis [Internet]. 2015 [citado 12 Jul 2022];12:E151. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26378897/>

³⁰ Song Y, Zhao L, Palipudi KM. Tracking MPOWER in 14 countries: results from the Global Adult Tobacco Survey, 2008-2010. Glob Health Promot [Internet]. 2016 [citado 12 Jul 2022];23(2 Supl):24-37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24042973/>

³¹ Videla AJ, Verra FB, Zabert GE. Smoking prevalence among hospital-based physicians in Argentina: FU.M.A.H.B.A. study. Paper presentado en la conferencia de la American Thoracic Society. San Francisco (CA): ATS; 2007.

³² Donovan RJ, Jones S, Holman CD, Corti B. Assessing the reliability of a stage of change scale. Health Educ Res [Internet]. 1998 [citado 12 Jul 2022];13(2):285-291. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10181026/>



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.